AVIS

Nous prions nos **abonnés** de bien vouloir nous adresser, par **MANDAT-CARTE**, le montant de leur abonnement ; à partir du **1er Février**, nous ferons toucher les quittances par la Poste, à raison de 10 fr. 50 pour la France et 12 fr. 50 pour l'Etranger.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Sur les altérations de la rétine dans les anémies chroniques provoquées par des néoplasmes.

(*Retinitis cachecticorum*).

par le Dr Pick (Kœnigsberg Pr.)

Depuis plusieurs années, M. le prof. Lichtheim, directeur de la clinique médicale de Kœnigsberg, a eu l'obligeance de me laisser faire l'examen ophtalmologique de tous les malades admis dans son service ; je lui dois mes remerciements tout particuliers. J'ai pu constater pendant ces recherches des altérations de la rétine provoquées par des maladies dans le cours desquelles elles n'avaient pas encore été notées.

Voici la description de mes observations :

1) Le plus souvent, on trouve des plaques rétiniennes situées près de la papille du nerf optique, quelquefois à côté des vaisseaux, enveloppant ceux-ci. Elles sont d'une couleur en général gris-blanc dont les nuances passent du gris le plus doux au blanc le plus clair. Leur forme n'a rien de régulier : leur grandeur varie : d'une petitesse extraordinaire jusqu'à de grandes proéminences analogues à des tumeurs.

2) Des hémorrhagies de la rétine avaient la coloration rougeâtre bien connue ; leurs formes étaient variables, souvent elles avaient un centre blanc ; mais je les ai rencontrées moins fréquemment que les plaques de rétinite. Une connexion directe entre les hémorrhagies et les vaisseaux n'existaient pas toujours.

3) Dans quelques cas, il y avait des œdèmes de la papille différant de la névrite optique et en particulier de la papille de stase dans les points suivants. La papille est un peu élargie et proéminente, sa limite n'est pas nette, mais en comparaison des deux premières affections, sa structure se fait reconnaître clairement, les vaisseaux sont complètement normaux, ni dilatés ni tortueux.

On sait que les altérations décrites se manifestent dans une sèrie de maladies générales, par exemple dans la septicopyaemie (Retinitis septica « Roth », dans la leukaemie, dans l'anémie pernicieuse, dans le diabète, le scorbut, la néphrite, la rétinite albuminurique.

Mes examens ophtalmoscopiques ont démontré que les tumeurs de l'intestin et principalement celles de l'estomac doivent être ajoutées à cette série de maladies.

Parmi le grand nombre de mes observations, je me borne à en citer quelques-unes des plus frappantes.

Observation Ire (1).

P. S., ouvrier, 42 ans, rec. 15 XII 99-28 XII 99. Diagnostic clinique : *Cancer de l'estomac*. Le malade était très pâle, amaigri, cachectique. L'examen du sang donna les chiffres suivants :

Hémoglobine.....	47 %
Erythrocytes.....	3.140.000
Leucocytes.....	11.600

Examen microscopique : nombreux poikilocytes, beaucoup de plates de sang, pas de normoblastes.

L'examen ophtalmoscopique de l'œil droit donne un grand nombre de plaques de la ré-

(1) Cf. mon travail plus étudié : Nezhantver änderungen Anaemien von L. Pick. *Klin Monatsbl. Augenh.* März 1901.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

tine un peu opaques, près de la pupille, de toutes les formes possibles, quelquefois couvrant les vaisseaux comme un voile léger, une autre fois les cachant complètement, rarement situées derrière les vaisseaux. A gauche, on voit de plus une petite hémorrhagie filiforme, au-dessous et en dehors de la papille a une distance de 1 1/2 diamètre de pupille.

OBSERVATION II.

G. W., paysan, 39 ans, rec. 6 IV 99-11 IV 99. Diagnostic : *Cancer de l'estomac* (depuis une année). Le teint paraît vert pâle, l'état général est très cachectique.

Hémoglobine.	18 %
Erythrocytes.....	1.600.000
Leucocytes..... ...	5.600

Donc la composition du sang ressemble ici à celle de la chlorose. Examen microscopique : quelques poikilocytes, beaucoup de plates du sang, pas de normoblastes.

Examen ophtalmoscopique : à gauche deux petites plaques rétiniennes d'un gris blanc près de la pupille.

OBSERVATION III.

D. R., paysan, 39 ans, rec. 1 XII 98-16 XII 98. Diagnostic : *Cancer de l'estomac* (depuis six mois), vomissements sanguinolents pâleur frappante, faibles œdèmes des pieds.

Hémoglobine.....	27 0/0
Erythrocytos... ...	1.120.000
Leucocytes.....	6.600

Examen microscopique : le sang est presque normal.

Examen ophtalmoscopique : A gauche un œdème considérable de la papille avec une grande proéminence (d'environ de 3 dioptrices). Des symptômes d'inflammation manquaient. D'ailleurs une petite hémorrhagie se trouva un peu plus tard dans la périphérie du fond de l'œil.

OBSERVATION IV.

Mme W. F., 29 ans, rec. 8 XII 99. *Exitus letalis*, 20 XII 99. Diagnostic : *Cancer de l'estomac*, compliqué par une « anémie grave ».

L'opération de la « Gastro-Entérostomie » avait été exécutée par M. le prof. v. Eirebsberg au 9 XI 1899.

Hémoglobine.....	21 0/0
Erythrocythes.....	900.000
Leucocytes.....	9.220

Examen microscopique : de nombreux normoblastes, dont plusieurs paraissaient extraordinairement grands (Megalocytes). Examen ophtalmoscopique : le fond des yeux présentait un aspect frappant, le tableau typique de la *névrorétinite albuminurique* ; en particulier la région du pôle postérieur est parsemée de plaques rétiniennes brillantes, entre lesquelles se trouvent de nombreuses hémorrhagies.

Lors de l'autopsie on constata que l'estomac était le siège d'un volumineux cancer ; des métastases multiples se trouvaient au sternum ; aux vertèbres et aux côtes. La moelle des os montrait également la dégénérescence cancéreuse.

Excepté dans le dernier cas, la fonction visuelle, et en particulier l'acuité visuelle, n'avait subi aucun dommage.

Il serait trop long de citer d'autres observations. Quant aux cancers de l'estomac, j'ai trouvé qu'environ 30 à 40 0/0 des malades présentaient l'affection décrite ; les mêmes altérations furent aussi observées dans les cas de cancers du foie, du reste bien rares.

Il est étonnant que d'autres anémies chroniques graves, causées par les ulcères de l'estomac, la cirrhose hépatique, la tuberculose, ne provoquent qu'exceptionellement des altérations rétiniennes.

Il n'est pas difficile d'expliquer le cas intéressant n° IV ; il est hors de doute, que l'anémie pernicieuse, caractérisée par l'existence de normoblastes et de mégalocytes, a été produite par la métamorphose cancéreuse de la moelle.

Cependant de telles altérations manquaient à d'autres cas dont on a fait l'autopsie.

Quelle est donc la cause des altérations rétiniennes, si fréquentes dans les tumeurs malignes de l'estomac ? La perte du sang ne peut pas être la seule cause ; dans des anémies provoquées par l'ulcère rond ou les hémorrhoïdes, souvent plus graves que les cas cités, le fond des yeux était presque toujours normal.

A mon avis, il y a diverses circonstances, qui produisent la « Retinitis cachecticorum ». Hormis la perte chronique du sang ce sont le trouble de l'alimentation (à cause de la lésion de l'estomac) et la production des substances toxiques par les tumeurs, qui y prennent la part principale. Ainsi pour l'anémie pernicieuse Climnil et d'autres auteurs croient, que des substances toxiques d'une nature inconnue provoquent aussi bien l'altération du sang que les altérations de la rétine ; comme dans la rétinite albuminurique, la substance nuisible est l'urée qui n'est pas éliminée : dans la « Retinitis septica » ce sont les ptomaïnes provenant de la décomposition des albumines.

Si nous nous demandons de quelle nature anatomique sont les plaques rétiniennes, je crois qu'il s'agit des mêmes altérations que dans la rétinite septique ou dans la rétinite de l'anémie pernicieuse, c'est-à-dire de la sclérose variqueuse de fibres nerveuses, de la dégénérescence des éléments rétiniens et de la formation des masses globulaires d'hyaline.

Les auteurs qui ont fait des recherches anatomiques sur cette matière (Herrnheiser, Manz, Axenfeld, Uhthoff, Bondi, etc.) diffèrent dans leurs descriptions sur un point important, ils ne sont pas d'accord sur le point de savoir si les vaisseaux sont normaux ou non ; pour moi, je n'ai pas encore observé d'altérations des vaisseaux dans mes cas.

Cependant, la retinitis cachecticorum est encore un sujet à l'étude ; et le but de ces lignes est d'inviter à des recherches sur ce sujet.

II

Traitement du xanthome par l'électrolyse (1)

par le Dr L. Leplat (de Liége).

La thérapeutique du xanthome est extrêmement simple ; on se borne à enlever aux ciseaux la plaque néoplatique et à suturer les bords de la plaie, pour obtenir une guérison par première intention.

Jusqu'à présent, dans les rares cas où j'avais été appelé à intervenir, c'était ce procédé classique que j'avais suivi.

En juin dernier, je fus consulté par une dame qui était fort peinée de porter, à la partie interne de la paupière inférieure gauche, une grande plaque de xanthome.

Celle-ci affectait vaguement la forme d'un rectangle de 18 à 20 millimètres de long sur 8 ou 9 de large, dirigé en bas et en dehors. Le bord supéro-externe de la tumeur était distant d'environ 3 millimètres du bord palpébral. Cette plaque, dont les contours étaient d'ailleurs fort irréguliers, était constituée par une quantité de petits lobules séparés par des sillons disposés en tous sens.

Cette dame me demandait de la débarrasser de cette difformité qui allait en s'étendant et dont souffrait sa coquetterie. Elle avait longtemps hésité à consulter un médecin, parce qu'elle s'était déjà, il y a une dizaine d'années, fait extirper un petit xanthome de la paupière supérieure. Mais les sutures avaient cédé et la plaie avait laissé une cicatrice blanche qui contrariait la patiente.

De plus, un autre xanthome débutait à la paupière inférieure droite.

A cause de son étendue, j'hésitais à extirper la grande plaque par la méthode classique ; je craignais de produire une éversion du point lacrymal inférieur. Je me rappelai les bons effets que donne l'électrolyse dans le traitement des angiomes et proposai de recourir à ce moyen ; la malade accepta. L'aiguille de platine était reliée à la cathode, l'autre pôle tenu en main par la patiente. Je faisais passer un courant de 2 à 4 milliampères suivant la sensibilité de la région. J'introduisais l'aiguille très obliquement dans le derme, comme pour faire une injection intradermique de cocaïne et la retirais lorsqu'elle était entourée d'un collier de mousse.

Je fis neuf séances, pendant chacune desquelles je ponctionnai 5 ou 6 fois.

Actuellement, la tumeur a disparu et est remplacée par une série de petites cicatrices planes, peu visibles, dont la cliente est satisfaite.

Trois piqûres électrolytiques eurent raison de la petite néoplasie de l'œil droit.

Je soigne à présent une jeune dame qui a hérité de sa mère de xanthomes localisés, comme d'ordinaire, au grand angle des deux yeux. Mais ici les tumeurs sont constituées de

(1) Communication faite à la Société belge d'ophtalmologie.

petits nodules plus ou moins régulièrement arrondis, d'un diamètre variant entre un et cinq millimètres, saillants sur la surface de la peau, isolés ou confluents, au nombre d'une vingtaine de chaque côté. On ne peut penser à faire un tel nombre d'excisions, aussi ai-je entrepris le traitement électrolytique et déjà à présent, plusieurs petits nodules ont disparu.

Je pense donc que ce mode de traitement convient dans les circonstances suivantes :

Quand la plaque de xanthome est trop étendue et que l'on doit craindre une cicatrisation vicieuse de la paupière (comme dans mon premier cas) ;

Quand le xanthome est nodulaire et disséminé sur une grande surface (tel notre second cas) ;

Enfin au début de l'affection ; car je pense qu'il y a avantage à opérer le plus tôt possible.

On voit souvent, en effet, que : après une excision, la tumeur ne récidive pas localement, bien qu'elle puisse encore apparaître à une autre paupière.

Or, le, ou plutôt la malade (car c'est surtout chez la femme que se rencontre le xanthome) acceptera bien plus aisément une simple « électrisation » de sa tumeur qu'une opération sanglante,

Ajoutons que, au dire de mes deux patientes, l'électolyse cause une douleur très supportable.

III

Le Cuprol, nouveau médicament pour le traitement des conjonctivites.

Par le Dr Sicherer (de Munich).

Je voudrais attirer l'attention sur une nouvelle préparation que j'ai expérimentée dans ces dix derniers mois sur un grand nombre de cas.

Le cuprol, découvert par le Dr Schwickeroth, de Bonn, est une combinaison de cuivre et d'acide nucléinique, il contient environ 6 % de cuivre.

L'acide nucléinique employé ici est extrait de la levûre de bière. Le cuprol est légèrement soluble dans l'eau surtout dans l'eau chaude. Dans un liquide albumineux, la solution est claire et ne coagule pas ; de même, les alcalis ne la précipitent pas.

La meilleure solution est celle à 10 %, à laquelle on ajoute, pour en assurer la conservation 1/2 %, de chlorétone (combinaison de chloroforme et d'acétone.

On recommande de préparer toujours la solution à chaud, le chlorétone étant aussi plus soluble dans l'eau chaude.

Le principal avantage de cette préparation organique sur les sels minéraux de cuivre tels que les sulfates de cuivre, consiste en ce que, à la concentration de 10 % elle ne produit qu'une très faible douleur, ou même pas du tout, en ce qu'il ne provoque pour ainsi dire aucune réaction du côté des tissus.

Instillé directement à 10 % dans le cul-de-sac conjonctival, il ne produit pas de douleur, mais parfois au bout de 10 à 20 minutes quelques malades accusent une légère brûlure de peu de durée. On n'a jamais constaté aucune action secondaire désagréable.

Jusqu'ici, le cuprol a été employé surtout dans les catarrhes chroniques ou aigus de la conjonctive, et on a toujours observé à la suite de son application une diminution évidente de la rougeur, du gonflement et de la sécrétion ; la solution de cuprol a été aussi employée dans la conjonctivite phlycténulaire.

Les malades s'en sont tous bien trouvés, surtout ceux qui avaient été traités antérieurement par d'autres astringents.

Quelques catarrhes chroniques de la conjonctive qui avaient résisté à d'autres traitements ont été soignés avec succès par le cuprol. A ce point de vue, nous sommes heureux de trouver dans le cuprol un nouvel astringent efficace et ne provoquant pas de réaction. Dans les cas très tenaces, on peut appliquer le médicament en poudre au lieu de la solution, on se servira dans ce cas d'un pinceau. Les malades supportent très bien cette application, au point qu'il est inutile d'instiller préalablement un anesthésique, ce qu'on est obligé de faire avant l'emploi du sulfate de cuivre chez les personnes sensibles.

Dans la conjonctivite phlycténulaire, on peut employer soit la solution, soit la poudre, le cuprol a toujours exercé une action favorable sur l'évolution du processus.

Je n'ai pas d'observations personnelles au sujet de l'action du cuprol sur le trachome ;

je voudrais seulement mentionner brièvement les expériences du Dr Snell (de Sheffield).

Snell a constaté que le cuprol agit plus profondément sur les tissus et provoque moins de réaction que le sel de cuivre ordinaire. Il a employé cette préparation dans les cas aigus ou chronique de trachome, sous forme de poudre qu'il applique sur les paupières retournées avec un pinceau. Snell a remarqué la faible gêne produite par le médicament ; après l'application du sulfate de cuivre les malades sont obligés d'attendre que leur douleur soit un peu calmée, avec le cuprol, ils peuvent retourner à leurs affaires immédiatement. L'anesthésie préalable est inutile. Dans nombre de cas Snell a employé le cuprol quotidiennement ; dans d'autres, trois fois par semaine ; dans d'autres enfin, plus rarement. Entre temps, il ordonnait à ses malades des instillations de la solution à 5 %.

De ces recherches, il ressort qu'il faut accorder au cuprol deux qualités : il provoque très peu de douleur et une faible irritation des tissus, ce sont là deux avantages incontestables sur les autres astringents et en particulier sur le sulfate de cuivre. Cela suffit donc pour nous engager à l'expérimenter dans un cercle plus large.

REVUE CLINIQUE

La Sympathectomie dans le traitement du glaucome. (*Thèse inaugurale*).

Par le Dr BICHAT,
Interne des Hôpitaux de Nancy.

Ce travail se compose de deux parties bien distinctes : dans la première, après avoir rappelé succinctement les différentes théories proposées jusqu'ici pour expliquer la pathogénie du glaucome, l'auteur expose l'opinion d'Abadie qui, au Congrès d'Ophtalmologie de 1897, émit cette hypothèse que le glaucome était dû essentiellement à une excitation des fibres vaso-dilatatrices de l'œil, et pourrait être considérablement amélioré, sinon guéri, par la résection du ganglion cervical supérieur. Cette théorie est-elle basée au moins sur des faits physiologiques précis ? c'est ce qui fait l'objet principal de cette première partie.

Or il ressort nettement, de l'analyse des différents travaux parus sur cette question de l'action du sympathique cervical sur les fonctions de l'œil, que les physiologistes sont encore loin d'être d'accord. Ainsi l'influence de ce nerf sur la circulation intra-oculaire est très controversée : les uns, avec Jonnesco, affirment qu'il est, aussi bien pour les vaisseaux oculaires que pour ceux de la face, un nerf essentiellement vaso-constricteur ; les autres, s'appuyant sur les expériences de Dastre, de Morat et de Doyon, pensent au contraire que le sympathique contient à la fois des fibres vaso-dilatatrices et vaso-constrictives ; suivant l'animal en expérience, suivant les conditions de cette dernière, on observe les effets de l'excitation des premiers ou des seconds de ces filets.

L'un des résultats les plus constants de la sympathectomie expérimentale est le rétrécissement de la pupille, attribué à la destruction des fibres irido-dilatatrices étudiées par Fr. Franck. En même temps, le globe oculaire paraît s'enfoncer dans l'orbite, phénomène qui serait dû, pour les uns, à la paralysie des fibres musculaires lisses que renferme la capsule de Ténon, et pour les autres, à la disparition de la graisse de l'orbite. L'ouverture palpébrale se rétrécit, par suite de la paralysie des muscles palpébraux. La tension oculaire diminue d'une façon très nette, comme l'ont montré les recherches si précises d'E. Hertel. Mais cette hypotonie est tout à fait passagère ; elle dure à peine quelques jours, et l'œil recouvre bientôt sa tension normale. Il en est de même d'ailleurs de la plupart des phénomènes consécutifs à la sympathectomie expérimentale ; seuls, le myosis et le ptosis persistent après l'opération, pendant un temps assez long.

Quant aux effets nocifs de cette intervention, ils se réduisent en somme à peu de chose. On a bien signalé quelques altérations de la rétine, une dystrophie de la moitié de la face du côté opéré, une diminution de volume du globe oculaire et une atrophie scléreuse de la choroïde (Angelucci) ; mais ces lésions n'ont pas été retrouvées par la plupart des auteurs qui les ont recherchées ultérieurement (Hertel).

De nombreux faits cliniques de paralysie, ou d'excitation du sympathique cervical, les résultats de la sympathectomie dans le traitement du goître exophtalmique et de l'épilepsie, et les expériences faites par Jonnesco et Floresco sur des malades auxquels ils allaient faire

subir cette opération, sont venus démontrer que les fonctions essentielles du sympathique étaient identiques, chez l'homme et chez l'animal. Il ne ressort pas moins de tous ces faits que l'action du sympathique cervical est encore très obscure sur certains points, notamment en ce qui concerne la tension et la circulation oculaires.

Malgré cela, la résection du ganglion cervical supérieur a été pratiquée un nombre de fois considérable dans le traitement du glaucome. Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur en réunit 88 observations, dont 14 inédites, ce qui fait, en tenant compte des résections bilatérales pratiquées chez le même malade, un total de 111 symphatectomies faites pour glaucome. Les résultats de l'opération sont les suivantes : immédiatement après, l'œil devient très pâle, la tension oculaire est hyponormale puis la conjonctive se congestionne, phénomène qui disparaît rapidement, et la tension s'élève de nouveau légèrement, mais sans redevenir hypernormale, du moins dans la majorité des cas. La pupille se rétrécit ; l'acuité visuelle s'améliore notablement et progressivement pendant les premiers jours, et le champ visuel s'accroît. En même temps, on observe un léger degré de ptosis et l'enfoncement du globe dans l'orbite. Enfin, dans le cas de glaucome inflammatoire, les douleurs périorbitaires disparaissent d'une façon, le plus souvent définitive, mais quelquefois momentanée seulement.

Dans la grande majorité des cas, l'amélioration si notable obtenue dès le début persiste dans la suite sans rechutes. Quant aux effets nocifs, ils se réduisent, comme chez l'animal à fort peu de chose ; il faut signaler cependant les douleurs névralgiques souvent intenses qui peuvent se montrer au niveau du cou, de la face et de l'épaule du côté opéré, mais qui finissent toujours par disparaître.

Dans plus des 2/3 des cas (78 sur 111), on a obtenu une guérison, ou une amélioration notable et persistante. Cependant l'opération n'est pas également indiquée dans toutes les variétés de glaucome ; elle est de mise surtout dans le glaucome chronique simple, dans le glaucome hémorragique et dans l'hydrophtalmie. ce sont précisément les cas, où l'iridectomie donne ses moins bons résultats, où elle est inutile et même dangereuse. Elle est au contraire l'intervention de choix dans les formes aiguës ou subaiguës ; si elle échoue, on peut encore recourir à la sympathectomie, mais on doit moins compter sur les heureux effets de cette dernière, moins sûrs et moins définitifs.

Quant au mode d'action de cette opération, il reste malgré tout très obscur ; les uns, avec Jonnesco, croient que l'ablation du ganglion cervical supérieur a pour conséquence la dilatation des vaisseaux intra-oculaires et la diminution des sécrétions dont l'écoulement devient plus facile, grâce à la contraction de l'iris ; les autres, avec Abadie, admettent que la sympathectomie produit, au contraire, la contraction de ces vaisseaux. C'est à cette théorie que se rallie l'auteur ; il reconnaît qu'elle est presque uniquement basée sur des hypothèses, mais il en est de même pour les autres, et, celle-ci étant la plus capable de nous rendre compte des bons résultats de l'opération, c'est à elle qu'on doit se rallier, au moins pour le moment.

Enfin, l'auteur expose brièvement le manuel opératoire : contrairement à Jonnesco qui emploie la voie pré-mastoïdienne, c'est la voie rétro-mastoïdienne qui doit être préférée ; elle paraît plus simple et moins dangereuse. La sympathectomie est évidemment une opération un peu délicate, mais qui, pratiquée par un chirurgien suffisamment exercé, paraît à peu près exempte de danger. C'est, en tous cas, une opération qui mérite d'être employée dans le traitement du glaucome, car elle est capable d'améliorer notablement les maladies atteintes de cette affection.

La thèse du Dr Bichat est du plus haut intérêt, par son importance, la valeur et le nombre des observations nouvelles qu'il apporte. Ce travail résume d'une façon parfaite l'état actuel de la question et fait le plus grand honneur à celui qui l'a écrit. Dr Abt (Nancy.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 7 janvier.

M. Valude présente une femme qui, à la suite d'une chute sur l'œil, fut blessée à la paupière inférieure et à la partie inféro-interne du bulbe par un corps vulnérant mousse. Il y eut une déchirure de la paupière et des tissus superficiels du globe oculaire, y compris

l'expansion aponévrotique ténonienne qui relie les muscles droit inférieur et droit interne. Il en résulta une diplopie occasionnée par une forte déviation de l'œil en haut et en dehors. Le mouvement en bas et en dedans était difficile. La guérison survint après la suture des parties sectionnées.

M. Valude croit que la déviation de l'œil peut s'expliquer par la simple déchirure capsulaire sans atteinte des muscles.

M. A. Terson. — Les traumatismes directs sur les muscles de l'œil et la paralysie qui les suit, n'ont pas toujours pour lésion anatomique une désinsertion du tendon. Dans un cas que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu et où une chute sur un coin de caisse avait entraîné une impotence du droit inférieur, l'avancement capsulo-musculaire fut pratiqué et guérit définitivement la malade. Au cours de l'opération, il fut facile de constater que l'insertion tendineuse était intacte et située normalement. On ne pouvait donc penser qu'à une sorte d'écrasement du corps musculaire ou des filets nerveux, comme cause de la paralysie, mais sans désinsertion.

M. Antonelli. — En accord avec ce que M. Terson vient de nous dire, je crois que la guérison spontanée de nombre de ces cas de strabisme traumatique est une preuve que l'ébranlement neuro-musculaire en est bien plus souvent la cause qu'une véritable déchirure des muscles ou de leurs attaches fibreuses. J'ai eu à soigner, il y a deux ans, un garçon d'une douzaine d'années s'étant cogné l'œil gauche sur une clef. L'on remarquait une assez vaste ecchymose du sillon orbito-palpébral, une déchirure longue d'un centimètre environ sur la conjonctive bulbaire vers le cul-de-sac inférieur, une iridoplégie traumatique et une déviation de l'œil fortement en dehors et légèrement en haut. Le malade n'habitant pas Paris, et toute intervention chirurgicale ayant été refusée par ses parents, je ne le revis qu'au bout d'une quinzaine de jours et je pus constater que le strabisme, ainsi que l'iridoplégie, étaient beaucoup moins prononcés. Au bout de quelques semaines il n'existait plus trace de déviation ni de trouble de motilité oculaire. Aujourd'hui tout ce qui reste de l'accident est une parésie du sphyncter irien, car parfois la pupille gauche se montre plus dilatée que la droite.

M. Jocqs. — Je suis de l'avis de MM. Terson et Antonelli. Je ne crois pas qu'une pareille déviation oculaire puisse s'expliquer par une rupture partielle des expansions intermusculaires de la capsule de Tenon. Il est probable qu'il y a eu impotence fonctionnelle momentanée des muscles atteints par le choc, peut-être même partiellement déchirés.

M. Valude. — Il y a sans doute plusieurs variétés de paralysies traumatiques des muscles de l'œil depuis les déchirures musculaires jusqu'aux ruptures et arrachements des tendons.

Mais je crois qu'une déchirure des ailerons interligamenteux peut suffire à occasionner une déviation oculaire. M. Parinaud n'a-t-il pas conseillé, pour redresser les yeux strabiques, de faire le simple débridement de ces ailerons interligamenteux ?

M. Antonelli présente une petite fille, atteinte d'**anomalie fonctionnelle congénitale de la glande lacrymale du côté droit.**

Cette anomalie consiste en ce que, pendant le mouvement de mastication, l'œil droit s'emplit de larmes et que, au contraire, quand l'enfant pleure émotivement, cet œil reste sec (sera publié *in extenso*).

M. Terrien rapproche de ce fait un cas d'ablation de la glande lacrymale pour larmoiement, où l'œil opéré n'avait plus de pleurs émotifs, mais devenait le siège d'une injection vasculaire très marquée, pendant que l'autre œil pleurait.

M. Sulzer présente une femme atteinte de **névrite optique double et en même temps de molluscum fibrosum généralisé.**

Les deux papilles présentent l'aspect d'une papillite en décroissance avec atrophie. L'œil gauche est aveugle. L'œil droit voit encore un peu à quelques centimètres. La malade se plaint également de douleurs lancinantes ; elle a un certain degré d'ataxie.

En plus de ces phénomènes nerveux, ce qu'il y a de particulier chez cette malade, c'est que, depuis cinq ans, elle est atteinte de *molluscum fibrosum généralisé*. Elle présente sur les bras, les mains, les cuisses, la poitrine, le dos, de petites tumeurs de la grosseur d'un grain de blé à celle d'une cerise.

M. Sulzer établit un rapprochement entre les phénomènes oculaires et nerveux d'une part

et cette névro-fibromatose cutanée d'autre part. Il émet l'hypothèse d'une neuro-fibromatose qui atteindrait les racines postérieures des nerfs rachidiens, les méninges et, dans le crâne, le nerf optique lui-même.

Dupuy-Dutemps. — M. Sulzer a émis l'hypothèse que, chez sa malade, les troubles de la marche, les douleurs lancinantes des membres inférieurs ainsi que les nerfs optiques pouvaient être attribués à l'invasion de la moelle, du cerveau et des nerfs optiques par le processus fibromateux qui atteint les nerfs périphériques. Je ne crois pas que, dans l'état présent de nos connaissances, cette interprétation puisse s'appliquer avec quelque certitude au cas actuel ; dans aucun des cas publiés de maladie de Recklinghausen on n'a trouvé de lésions des centres.

Les douleurs et l'affaiblissement des membres inférieurs s'observent normalement dans la neuro-fibromatose et peuvent ici s'expliquer aussi bien par les altérations fibromateuses des nerfs périphériques et des muscles que par des lésions médullaires.

La lésion optique présente par son évolution et son aspect ophtalmoscopique tous les caractères de la « papille étranglée » à la période de regression atrophique et tels qu'on les observe dans les cas de tumeur cérébrale, d'hypertension intra-crânienne. Or, on n'a jamais, que je sache, constaté jusqu'ici, ni troubles visuels, ni lésions optiques, imputables à la maladie de Recklinghausen. Il est vraisemblable que si des nodules fibromateux se localisaient dans les nerfs optiques, ils s'y comporteraient comme dans les nerfs périphériques, où, développés lentement dans le tissu conjonctif, ils écartent les fibres nerveuses, sans les envahir de sorte que leur action destructive est nulle ou peu importante. On conçoit difficilement comment un tel processus aurait pu en quelques mois amener une cécité à peu près complète. Il me paraît plus exact de penser qu'il s'agit ici d'un cas de neuro-fibromatose dans lequel s'est développée, probablement distincte et indépendante une affection cérébrale (tumeur, hydrocéphalie) capable de produire l'aspect ophtalmoscopique de la stase papillaire et la dégénérescence bilatérale des nerfs optiques.

Si dans la neuro-fibromatose on n'a jamais pu constater de nodules dans le système nerveux central, inversement, dans les cas de tumeurs multiples (sarcomes ou fibro-sarcomes) du névraxe, rappelant parfois, par leur forme et leur répartition sur les racines et les nerfs de la queue de cheval, la disposition des neuro-fibromes, on n'a jamais observé de lésions semblables concomitantes du système périphérique. On doit donc actuellement considérer ces deux affections comme nettement distinctes.

On peut concevoir théoriquement, toutes les formes de passage existant entre le sarcome et le fibrome) que le même processus néoplasique puisse atteindre dans son ensemble la totalité du système nerveux central et périphérique. Mais pas un seul fait n'est encore venu appuyer cette conception dont la simplicité est séduisante ; et l'observation clinique, qui nous est présentée, ne peut à mon avis apporter de preuve en sa faveur. La question ne peut d'ailleurs être résolue que pièces en mains.

M. Kœnig. — Je suis de l'avis de M. Dupuy-Dutemps. La névrite optique observée chez cette femme rappelle tout à fait celle d'une tumeur cérébrale, plutôt qu'une lésion directe des nerfs optiques.

Pour expliquer cette névrite optique par une atteinte de neurofibromatose, il faudrait admettre une lésion sur les deux nerfs et on ne conçoit même pas qu'une lésion de cette nature puisse donner lieu à la stase papillaire.

Pourquoi ne pas penser à une tumeur fibromateuse intra-cranienne qui agirait ici indirectement sur les nerfs optiques à la façon des tumeurs cérébrales ?

M. Darier. — Je suis étonné que l'on trouve dans ce cas une névrite par stase classique. Telle n'a pas été mon impression première. Il y a papillite en voie de régression atrophique, c'est évident ; mais ce qui est surtout particulier dans ce cas, c'est la présence sur le disque papillaire de deux ou trois petites saillies qui m'ont fait l'effet de petites tumeurs du même genre que celle que nous observons sur la peau.

Il m'est impossible de me prononcer à ce sujet d'une manière catégorique après un examen ophtalmoscopique sommaire fait dans une séance clinique ; mais M. Sulzer, qui a pu longuement et à son aise suivre et observer l'évolution du processus morbide, pourrait nous donner des détails plus précis peut-être,

même nous fournir des dessins aux différentes périodes de l'évolution morbide. Mais ce qui sera plus intéressant encore, ce sera l'autopsie de ce cas très rare.

M. Sulzer répond qu'il n'a émis qu'une hypothèse, mais cette hypothèse se base sur l'allure de cette névrite optique, qui n'est pas celle des névrites par stase. Il n'y a jamais eu aucun symptôme de tumeur cérébrale. On voit également sur la papille, ainsi que l'a remarqué M. Darier, de petites taches, sur la nature desquelles il est difficile de se prononcer, mais qui pourraient être des nodules fibromateux.

M. Morax.— **Nécrose et gangrène des paupières**. — Sous le titre de gangrène bénigne des paupières, M. Roger et Weill ont publié (*La Presse Médicale*, septembre 1901, p. 157) l'observation d'un malade chez lequel, au milieu de phénomènes inflammatoires aigus du côté des paupières et de symptômes généraux fébriles, ils virent se produire une lésion nécrotique, destructive des téguments palpébraux. Cette nécrose ne s'accompagnait pas d'odeur putride ; elle était causée par un microbe aérobie assez voisin du staphylocoque, mais ne liquéfiant pas la gélatine. J'ai eu l'occasion d'étudier deux cas semblables. Il s'agit, dans ces deux faits, comme dans celui de MM. Roger et Weill, de nécroses non putrides qui peuvent accompagner différents processus infectieux causés par des organismes aérobies. Il ne faut pas confondre ces nécroses non putrides, qui ne sont pas extrêmement rares, avec les cas de nécrose putride toujours liés à la présence d'organismes anaérobies, ainsi que Veillon et ses élèves l'ont montré. Ce caractère de putridité de la nécrose est excessivement important, et c'est au groupe des nécroses putrides qu'il semble utile de réserver la désignation de gangrène parce que ce terme acquiert ainsi une signification précise, celle d'un processus destructif et nécrotique, lié à la présence de microbes anaérobies. Les cas de gangrène vraie des paupières sont extrêmement rares ; je rappellerai cependant que, dans un cas publié avec le Dr Veillon, et où le processus gangreneux accompagnait une inflammation péricystique, l'examen bactériologique permit de mettre en évidence, à côté du streptocoque aérobie, deux organismes anaérobies, le bacillus funduliformis et un coccobacille anaérobie.

M. A. Terson. — Le pronostic des nécroses des téguments palpébraux n'est pas toujours aussi grave qu'on pourrait le croire. J'ai été, il y a quelques années, appelé à donner mes soins à une vieille dame de 85 ans atteinte d'un érysipèle de la face et de tout le cuir chevelu, survenu comme complication d'une fistule lacrymale ancienne. Les deux paupières supérieures présentaient une vaste plaque de sphacèle verdâtre. Le cuir chevelu soulevé par un épanchement de sérosité (vérifié par ponction) était éléphantiasique et fluctuant. Malgré son âge son sphacèle palpébral et un érysipèle de cette gravité, cette malade guérit, et même sans ectropion contrairement à tout ce qu'on aurait pu supposer.

M. Sureau fait une communication sur « **l'action malfaisante par contact direct du podophyllin sur l'œil.**

De novembre 1900 à juin 1901, M. Sureau a pu observer coup sur coup cinq malades, ouvriers droguistes qui, au cours de manipulations de podophyllin, ont reçu de ce produit pulvérisé dans les yeux.

Des observations qu'il a recueillies, M. Sureau croit pouvoir conclure que selon la quantité de podophyllin mise en contact avec l'œil et, selon la durée de ce contact, il y a respectivement simple conjonctivite, avec ou sans pétéchies sous-conjonctivales, infiltration plus ou moins sérieuse de la cornée, ou iritis à forme séreuse intense.

Cette iritis présente des caractères spéciaux fort intéressants et très consciencieusement étudiés par M. Sureau. Contrairement à l'iritis séreuse ordinaire, qui est habituellement insidieuse dans ses débuts, irrégulière dans son développement, et, parfois désespérément lente dans sa terminaison, l'iritis podophyllique est *brusque* (15 à 30 heures après le contact du podophyllin avec l'œil), *régulière dans sa marche*, et enfin, extrêmement *fugace* (deux jours et demi environ), malgré les symptômes initiaux, parfois très alarmants (il peut, en effet, se produire une cécité absolue).

L'opacité cornéenne est le *symptôme* qui persiste le plus longtemps. Il peut durer près de 30 jours.

M. Sureau termine, en demandant aux Pouvoirs publics l'application rigoureuse des décrets du 10 mars 1894, et de l'article 3 de la loi du 12 juin 1893, concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, ainsi que de certaines mesures préventives, telles que les lavages fréquents des mains et de la figure, le port de gants de fil et de blouses de toile, faciles à laver, ainsi que, pour abriter les yeux, le port de lunettes grillagées.

M. Antonelli. — L'iritis dont M. Sureau vient de nous parler, compliquant certains cas de kératite podophylliques, telles que Hilbert et moi-même en avons signalées, accompagnent parfois les irritations du segment antérieur de l'œil, irritations provoquées par un agent chimique et sans qu'il y ait blessure à proprement parler.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 janvier 1901.

Sur un cas de paralysie du grand oblique

M. Fromaget rapporte l'histoire d'un malade qui a eu il y a deux mois à peine un chancre syphilitique de la caroncule. Actuellement, ce malade accuse de la diplopie. Cette complication indique une syphilis oculaire grave qui s'accuse par des accidents précoces.

Séance du 25 janvier 1901.

M. Armaignac. — Tumeur de l'orbite. — Présentation du malade.

Séance du 15 mars 1901.

Corps étranger de l'orbite. — Insuffisance des renseignements radiographiques.

M. Fromaget. — A propos de ce cas, insiste sur la difficulté qu'il y a de localiser exactement dans le globe oculaire le corps étranger métallique dont la présence est même révélée par la radiographie.

Séance du 22 mars.

Un cas de cécité hystérique.

MM. Aubaret et Cruchet. — Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui, à différentes reprises a eu des crises d'amaurose hystérique.

Agée de 12 ans, née de parents arthritiques et névropathes, elle est très intelligente et bien développée pour son âge.

Le 27 mai 1900, dix jours après sa première communion, cinq jours après ses premières règles, elle tombe subitement aveugle en présentant des symptômes qui firent songer à des troubles méningés. — Cinq jours après, brusquement, elle voit une étiquette pharmaceutique rouge et recouvre la vue.

En juillet nouvelle crise. Elle a de l'hémianesthésie et de l'hémi-parésie du côté gauche avec anesthésie conjonctivo-cornéenne correspondante.

Diverses manœuvres sont tentées pour lui rendre la vue. On parvient à lui faire distinguer les objets de l'œil droit. On peut se rendre compte qu'elle n'a pas de vision binoculaire. Depuis, elle a eu 6 nouvelles crises de cécité assez semblables. Quand la vision est récupérée, on constate de l'altération dans la vision des couleurs, la perte de la vision binoculaire, des troubles dans la notion de perspective, etc.

En conclusion, cette observation est intéressante :

1° Parce qu'il n'est pas fréquent de rencontrer un cas d'hystérie aussi complet chez un enfant de cet âge, et que ces troubles se sont montrés à l'occasion des premières règles.

2° Parce que les cas d'amaurose double hystériques sont rares ; on n'en compte pas 20 observations.

3° Parce que dans ce cas, la perception du rouge parmi les couleurs est seule nettement conservée et qu'en particulier, sa perception dans la récupération de la vision est tout à fait typique et originale.

4° Enfin et en particulier, parce que les petits phénomènes qui sont rapportés et qui relèvent vraisemblablement d'une hypoesthésie rétinienne ne semblent pas avoir été décrits dans des conditions de ce genre.

Séance du 29 mars 1901.

Conjonctivite diphtéritique guérie par le sérum.

M. Fromaget. — Enfant de 16 mois guérie très rapidement en quarante-huit heures après deux injections de 15 cc. de sérum antidiphtérique.

Séance du 26 avril 1901.

Myopie extraction du cristallin

M. Lagrange. — Myope de 16 dioptries. L'extraction du cristallin transparent, exécutée en deux temps, a permis de donner à ce sujet une acuité de 2/3 avec le verre + 4 D. La pupille est noire et limpide et la guérison a eu lieu d'une façon très rapide.

Séance du 5 juillet 1901.

Vaste épithélioma de la face : impuissance du traitement chirurgical, guérison depuis un an par l'acide arsénieux.

M. Fromaget. — Présentation du malade.

Kyste hydatique de la glande lacrymale orbitaire.

M. Fromaget rapporte le cas d'une malade de 65 ans qui est venue à sa consultation pour exophtalmie du côté gauche. Depuis un mois, la paupière supérieure est paralysée. La vision de l'œil est abolie depuis une quinzaine. De violentes douleurs s'irradiant à l'orbite ont apparu. Il existe un chémosis léger. L'œil saillant est immobile : l'ophtalmoplégie est complète. Il existe une tumeur siégeant entre l'arcade orbitaire et le globe oculaire nettement fluctuante et très saillante du côté externe.

L'intervention est pratiquée le 6 mars. Au cours de l'opération, le kyste est ouvert et laisse échapper un liquide sanguinolent. Profondément, il existe un autre kyste qui se rompt et laisse écouler un liquide clair comme de l'eau de roche. La paroi du kyste est une membrane blanchâtre recroquevillée et striée.

La malade guérit rapidement et recouvre une partie des mouvements de son œil.

L'examen histologique du kyste a montré que la paroi avait tous les caractères de celle d'un kyste hydatique.

Séance du 12 juillet

Symblépharon double par atrophie conjonctivale.

M. Martin présente une malade extrêmement intéressante qui offre des lésions caractérisées par une atrophie progressive des conjonctives avec tendance à l'ankylo-blépharon.

Il s'agit d'un cas de pemphigus oculaire — des plus curieux — coïncidant avec des lésions cicatricielles rétractiles du côté des organes génitaux externes.

Séance du 26 juillet.

Nécrose du rebord orbitaire. (*Hétéroplastie sous-cutanée par greffe d'yeux de cobaye.*

M. Aubaret, au nom de M. le P[r] Badal, présente une malade ayant eu, à la suite d'une nécrose orbitaire du côté droit, survenue dans son enfance, une rétraction cicatricielle en cupule assez profonde et très disgracieuse. M. Badal a eu l'idée de combler la cavité par une greffe, et, après avoir détaché les téguments du fond de la cupule, il a inclus deux yeux de cobaye. Le résultat a été des plus satisfaisants au point devue esthétique et la réparation de la perte de substance a pleinement réussi.

Séance du 11 octobre 1901.

Greffe d'œil de lapin dans la capsule de Tenon (Résultat éloigné).

M. Lagrange présente un malade chez lequel il a pratiqué l'inclusion d'un œil de lapin après l'énucléation. Le moignon est toujours volumineux et le résultat des plus favorables.

Séance du 18 octobre 1901.

Paralysie des droits externes. Saturnisme

M. Lagrange rapporte l'observation d'un saturnin chez lequel est survenue une paralysie double des droits externes.

Séance du 8 novembre 1901.

Hétéroplastie oculaire. — Greffe d'un œil de lapin.

M. Lagrange présente une malade opérée récemment par la greffe.

M. Armaignac ne trouve pas le cas très démonstratif au point de vue du volume du moignon.

M. Fromaget fait la même observation et ajoute que M. Rohmer, qui fut le premier promoteur de la méthode, y a complètement renoncé.

M. Lagrange répond que les résultats qu'il présente sont des plus encourageants.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX.

Séance du 21 janvier 1901.

Microphtalmie monolatérale.

M. Ginestous présente un enfant de trois mois, porteur d'une atrophie congénitale de l'œil gauche. La mère a reçu un traumatisme durant la grossesse. Faut-il rattacher la microphtalmie a ce traumatisme? Cet œil, arrêté dans son développement, présente en outre une cataracte incomplète.

Séance du 4 février 1901.

Quatre cas de guérison de gliome de la rétine.

M. Lagrange. — Montre des préparations de gliomes de la rétine provenant de malades opérés il y a plus de deux ans et que l'on peut considérer comme absolument guéris. — L'un d'eux est un gliome en voie de régression. — Le pronostic du gliome est donc moins fatal que l'on est porté à le croire.

Séance du 11 mars.

Ptosis congénital. — M. Ginestous. — (Présentation de malade)

Séance du 18 mars

Sclérectasie antérieure. — MM. Picot et Aubaret.

Malade atteinte de staphylome extrêmement volumineux de tout le segment antérieur — consécutif à une longue phase antérieure de glaucome. — A droite, il existe une excavation profonde avec atrophie et une myopie très élevée. L'enucléation a été pratiquée et suivie d'une greffe.

Séance du 15 avril 1901.

Origine du pigment dans les tumeurs mélaniques du globe oculaire.

M. Lagrange. — Présente de nombreuses pièces et dessins d'après lesquels il essaie d'expliquer l'origine du pigment mélanique. Dans les néoplasmes du globe.

Séance du 29 avril.

Prothèse oculaire. — Greffe d'yeux de lapin.

MM. Picot et Aubaret. — Il s'agit de malades opérés depuis deux mois par le procédé de la greffe oculaire. Les moignons ont légèrement diminué. Deux ont eu dans la suite des phénomènes intéressants.

L'une de ces malades a déjà été présentée le 11 mars et offre en ce moment des phénomènes d'iridochoroïdite qui ont un instant fait songer à une ophtalmie sympathique, mais la rapidité avec laquelle ces troubles ont disparu ont fait écarter cette idée.

L'autre malade a permis de se rendre compte dans quel état se trouvait l'œil greffé et son contenu quelques semaines après par suite d'une perforation produite par une rupture secondaire des sutures conjonctivo-musculaires : le vitré avait sa consistance normale et le cristallin gardait encore sa transparence.

Séance du 3 juin 1901.

Tumeur kystique de la conjonctive.

MM. Cabannes et Ginestous. — Il s'agit d'un petit kyste de la conjonctive survenu chez un enfant après une ophtalmie purulente. L'examen a révélé qu'il s'agissait d'une sorte de lymphangiome d'origine inflammatoire.

Séance du 1er juillet.

Sur deux cas de greffes oculaires.

M. Badal communique une note relative à deux malades que M. Aubaret présente à la société et chez lesquels il a pratiqué des greffes oculaires. Il a essayé de renouveler la tentative de Chibret mais en recouvrant la presque totalité de l'œil de lapin inclus. Plus tard, il a pu suivre les transformations de l'œil greffé et la durée de la vitalité.

A mesure que des adhérences profondes s'établissaient il dénudait une partie de la cornée de l'œil greffé. Il a pu la découvrir en presque totalité chez un des ces malades. Mais plus tard le bourgeonnement de la conjonctive a envahi de nouveau toute la surface cornénne dénudée. Chez l'autre malade le bourgeonnement avait rapidement inclus l'œil greffé. Mais quelques mois après, la malade est revue

et le moignon, très volumineux d'abord, a en totalité disparu.

Séance du 15 juillet 1901.

Skiascoptomètre

M. Ginestous présente un nouveau modèle d'instrument.

Séance du 25 novembre 1901.

Eventration du globe oculaire. — Amputation du segment antérieur par le procédé de suture conjonctivale avec renforcement musculaire.

MM. Aubaret et Picot fils. — Malade ayant reçu un coup de corne à l'œil gauche. Tout le segment antérieur est dilacéré. L'énucléation d'abord proposée est remplacée par une amputation suivant le procédé à capitonnage musculaire — Tout le segment postérieur sain de cet œil a pu être conservé et constitue un volumineux moignon pour la prothèse. Le résultat est des plus satisfaisants, et le moignon est très considérable, malgré que l'incision du globe ait passé en arrière de la région ciliaire.

E. Aubaret.

BIBLIOGRAPHIE

Myope et Bossu *par flexion de la tête pendant la lecture*, par le Dr E. Rolland, chirurgien-oculiste à Toulouse. — 1 vol. in-8° de 96 pages, avec 7 planches, 23 figures dans le texte et 1 planche hors texte. — Paris, 1902, librairie J.-B. Baillière et fils. Prix : 2 fr. 50 c.

A l'aide des documents les plus autorisés et de son expérience personnelle, l'auteur démontre que la cause déterminante de la myopie, de la cyphose et de la scoliose des liseurs est la flexion de la tête pendant la lecture, l'écriture, le dessin, le piano, etc.

Or, comme la flexion de la tête pendant la lecture est *évitable*, ces déformations des yeux et de taille, leurs progrès, leurs complications sont *évitables*.

Pour s'opposer à la flexion de la tête pendant la lecture, il est absolument nécessaire mais il suffit de suivre le conseil de l'Académie de médecine, de rendre obligatoire « la « seule mesure qui puisse inspirer confiance, « l'adoption de tables pourvues d'appareils « mécaniques s'opposant à l'universelle ten- « dance qu'ont les enfants à se rapprocher « outre mesure ». (*Rapport au Ministère de l'Instruction publique.*)

M. Rolland décrit minutieusement et figure de même un appareil mécanique, l'Optostat Intégral, qui, adapté à un pupitre scolaire, à une liseuse familiale, à un bureau quelconque d'adulte, s'oppose sans brutalité mais réellement et constamment à la flexion de la tête pendant la lecture.

Ces pages constituent un véritable traité de construction scientifique du mobilier du liseur. Et c'est simplement rendre hommage à la vérité que d'affirmer que ce chapitre si important de l'hygiène scolaire n'a pas encore été exposé avec tant d'ampleur, d'originalité et de compétence.

La lecture de Myope et Bossu sera donc très profitable aux oculistes, aux hygiènistes, aux praticiens, aux membres de l'Enseignement, aux architectes, aux publicistes, aux conférenciers scolaires, aux pères de famille, aux législateurs, à tous ceux auxquels l'*instruction devenue obligatoire* impose impérieusement la recherche de la solution du problème : orner le cerveau de l'enfant sans diminuer le rendement individuel et social de ses yeux et de son corps.

Plaut et Zelewski. — **Sur le contenu microbien de la conjonctivite après l'extirpation du sac lacrymal.** (*Klin. Monatsblatter fur Augenheilk.* mai 1901.)

Ce que nous savons sur la bactériologie de la conjonctive après l'extirpation du sac lacrymal se résume en ce fait clinique que le danger d'infection septique de la conjonctive après cette opération s'affaiblit sensiblement.

Mais les examens bactériologiques nous manquaient.

L'auteur a examiné 40 conjonctives chez des gens qui avaient subi l'extirpation du sac, 30 de ces conjonctives étaient cliniquement saines. L'intervalle entre l'extirpation et l'examen variait de 10 jours à 7 ans.

Dans un cas qui avait été opéré depuis 1 an 1/2 on trouva une grande quantité de staphylocoques relativement virulents.

Dans toutes les conjonctives cliniquement saines (30), on trouva des microbes, le xerobacille 29 fois, le staphylococcus albus 17 fois, le staphylococcus aureus 6 fois, le pneumococcus 1 fois, le diplobacille 3 fois. De plus, on trouva la sarcina lutea 5 fois, le pseudogonococcus 4 fois, le coli bacille, et le bacille de Kock-Weeks 1 fois.

Dans les conjonctives malades (10) on décela la présence, du xerosbacille 9 fois, du pseudo-bacille diphtérique 2 fois, du staphylococcus albus 5 fois, du staphylococcus aureus 3 fois, diplo-bacille 6 fois, du pseudogonocoque et Kock-Wecks 2 fois.

Ainsi donc, les conjonctives qui paraissent saines contiennent une grande quantité de microorganismes, et en première ligne le xerosbacille. La virulence des germes n'en est pas augmentée.

Anagyros. — **Un cas de chancre induré de la glande lacrymale** (*Beitrage zur Augenheil*, 48.)

Dans le cas d'Anagyros, il s'agit d'un garçon de 14 ans, débile, et d'hérédité tuberculeuse, qui présente une lésion pulmonaire du côté gauche, une légère xyphose et un engorgement des ganglions sous-maxillaires et préauriculaires.

Pendant son séjour à l'hôpital, 4 semaines après l'opération mentionnée plus loin, il présenta aux bras et surtout au tronc un exanthème papulo-musculaire avec gonflement général des ganglions et sans fièvre.

Plus tard, des douleurs et du gonflement au genou droit et à l'astragale, qui disparurent avec quelques injections de sublimé.

L'œil gauche présente l'aspect suivant : la paupière inférieure modérément gonflée et rouge, la paupière supérieure est gonflée, œdémateuse, livide. A la palpation, on sent le tarse supérieur ; au milieu de son bord convexe, répond une tumeur lisse, dure, nettement limitée et légèrement mobilisable. La conjonctive tarse supérieure est en entier hypertrophiée et injectée ; sur les côtes, de l'hypertrophie papillaire plus forte.

En avant de la tumeur, la conjonctive est transparente jaunâtre, parsemée de petites nodosités disposées irrégulièrement.

La vision, le fond de l'œil, les mouvements du globe sont normaux.

Par crainte de tuberculose, la tumeur est extirpée. Guérison rapide de la plaie.

A l'examen microscopique, on trouve entre des lambeaux de glandes une infiltration de cellules rondes et fusiformes. Les parois des vaisseaux sont épaissies, en particulier, la tunique interne.

Les cellules géantes ne purent être mises en évidence, pas plus que les bacilles. L'examen des ganglions préauriculaires donna les mêmes résultats.

Prof. Sr Wicherkiewicz. — **Contribution à la technique de l'iridectomie** (polonais). (*Postemp Oculiktyczny*, 1901, n° 5).

Quand l'opéré remue et fait des mouvements brusques avec ses yeux, au moment où, dans l'iridectomie, l'opérateur veut saisir l'iris avec la pince, des complications désagréables peuvent se produire ; par exemple, une irido-dyalise avec hémorragie plus ou moins abondante, une blessure de la capsule cristallinienne avec cataracte consécutive, etc., etc. Le professeur Wicherkiewicz s'est assuré que l'on peut accomplir ce temps bien plus délicatement si, à la place de la pince, on emploie une petite houe émoussée pour saisir l'iris. Dans les cas les plus fâcheux, l'iris échappera à notre houlette quand l'opéré agitera fortement les yeux, mais cette membrane sera le plus souvent déjà sortie en dehors de la plaie, et pourra très facilement et sans danger être saisie avec la pince et coupée. Le professeur Wicherkiewicz recommande une houlette (crochet) mousse en or ou en argent, dont la partie courbe doit être assez longue et peu éloignée de la partie droite (0.5 mm. environ.) L'auteur emploie depuis longtemps déjà cet instrument qui lui a rendu les meilleurs services.

Le professeur Wicherkiewicz ne doute pas que d'autres opérateurs aient cherché à simplifier cette technique de la même manière ; cependant il croit utile de faire connaître sa méthode afin que par sa généralisation elle profite aux opérés.

Atsuhiko Masugi. — **Recherches expérimentales sur le mode de guérison des plaies perforantes et non perforantes de la cornée, et étude spéciale de l'influence de la cocaïne.** *Travail de la Clinique ophtalmologique de l'université*

de Breslau. (*Klin Monatsbl. f. Augenheil.* Août et Sept. 1901.)

Dans les plaies pénétrantes étroites de la cornée du lapin, le rétablissement de la chambre antérieure se fait très rapidement par imbibition des parois du canal formé par la plaie et appartenant au parenchyme cornéen. En effet, les parois centrales de la plaie se rapprochent très rapidement, tandis que, par suite de l'élasticité de la cornée, les parties interne et externe de cette membrane s'écartent, ce qui forme un petit godet interne et externe, comblés, l'un par l'épithélium, et l'autre par de la fibrine. Les auteurs (Güterbock, Becker, Gussenbauer, Neese, Bauvoir, Peters) sont en désaccord sur le mode de reconstitution de l'épithélium de la plaie antérieure. Cette question fait l'objet des recherches expérimentales d'Atsuhiko.

Dans tous les cas, spécialement dans les petites coupures de la cornée du lapin, la chambre antérieure était reformée au bout de 15-20 minutes. On voyait immédiatement après la blessure, même sur l'œil frais, la plaie entourée de bords escarpés, qui s'affaissaient progressivement entre 6 et 12 heures. Le processus de réparation, sur les yeux enlevés à des époques différentes après les coupures, est le suivant (voir les tables) : une heure après la coupure, l'épithélium présente encore des bords tranchants, parallèles au canal de la plaie, sans s'incurver vers elle. Deux heures après, il s'incline légèrement vers cette dernière. Trois ou 4 heures après, il s'avance davantage pour atteindre la moitié de la plaie en 12 heures et les autres en 24 heures. Une lacune restante encore est comblée extérieurement par l'épithélium en 48 heures.

Le même processus d'invagination de l'épithélium se produit dans les plaies pénétrantes. Mais la pénétration réciproque de la partie moyenne de la cornée ne se produit pas dans toutes les plaies ; cette obturation lamellaire primaire n'a lieu régulièrement que dans les petites coupures étroites. Dans les plaies plus grandes, les lèvres bâillent trop, de sorte qu'elles ne peuvent pas venir directement en contact, et l'obturation primaire se fait par un bouchon de fibrine, le même qui, dans les plaies pénétrantes, bouche le godet interne, et n'est autre que de la fibrine provenant de l'humeur aqueuse. L'envahissement de la plaie par l'épithélium issu des bords externes de la plaie, phénomène qui se produit toujours après quelques heures, ne peut s'expliquer par une poussée mécanique comme quelques-uns le pensent, mais par une prolifération de cellules épithéliales, réveillées peu après la blessure par l'entrée en scène de la kariokinèse. C'est ainsi que se passe, et l'auteur le démontre par ses préparations, la reproduction de l'épithélium en pleine division mitotique, ayant son point de départ dans les cellules des couches profondes, ou cellules à pédales. L'accroissement des cellules commence en général à une certaine distance de la plaie.

Puis l'auteur étudie l'influence de la cocaïne sur ce processus de réparation de l'épithélium cornéen. La cocaïne fut employée en solution à 2 ou 5 0/0, en instillations sur l'œil à raison de 2 à 3 gouttes par minute de 10 à 15 gouttes en tout. Les résultats (exposés sur des tableaux) montrent que la cocaïne produit un amoindrissement du corps des cellules épithéliales avec compression et amoindrissement de leurs noyaux, et entrave la formation de la kariokinèse d'une manière manifeste ; ceci probablement parce que la cocaïne enlève l'eau de la substance cellulaire et produit peut-être une action toxique. Sur les yeux cocaïnés, l'envahissement de la peau par l'épithélium se fait beaucoup plus lentement, 10 heures environ après la blessure. En revanche, la cocaïne a très peu d'influence sur l'occlusion primaire des lamelles de la cornée et sur la formation de la fibrine, phénomènes qui dépendent tous deux de la grandeur seule de la plaie.

Volkmann Wilhelm (Assistant physique à l'Institut agronomique impérial de Berlin). — **Sur la force attractive des électro-aimants employés en ophtalmologie.** Publication provisoire. (*Klin Monatsblat. f. Augenheil.* Juin 1901.)

L'auteur fait d'abord une critique assez sévère des recherches de Haab et de Türck, auxquels il reproche de n'avoir pas fait leurs expériences avec des éclats de dimensions semblables, afin d'obtenir des résultats comparables. — D'après Volkmann, l'inconvénient de la répartition inégale des lignes de force (inconvénient auquel on n'arrive pas, en général, à remédier d'une façon absolue avec les autres électro-aimants) se trouve atténué dans

la mesure du possible par la forme conique des pôles de l'électro-aimant de Haab, et par la forte répulsion qui en résulte entre les lignes de force qui sortent normalement du cône. C'est ce qui se produit surtout au sommet du cône, où les lignes de forces les plus voisines forment un cône dont l'ouverture est de 120° environ. Cette grande valeur de l'attraction est cependant payée chèrement, car, pour une petite distance, les lignes de force se dispersent tellement qu'elles deviennent presque inutilisables. L'auteur considère comme possible une répartition plus heureuse des lignes de force, ainsi exposera-t-il son plan dans un ouvrage intitulé : « Théorie de l'électro-aimant oculaire », qui va paraître.

MM. Picot et Aubaret. — **Staphylectomie. Nouveau procédé de suture conjonctivale et capitonnage musculaire** (*Gaz. hebd. des Soc. médic. de Bordeaux*, 30 juin 1901.)

Le manuel opératoire de ce nouveau procédé est le suivant :

1° Dégagement de la conjonctive autour du limbe sur une certaine étendue.

Cette dernière est faufilée à l'aide d'un fil simple ou de préférence double afin d'employer le procédé dit de la *blague à tabac*.

2° Repérage des muscles : section des tendons au ras de la sclérotique après avoir placé un fil au niveau de chacun des muscles droits.

3° Section du staphylome ou du segment antérieur du globe. Ablation du cristallin. Résection du corps ciliaire si elle est nécessaire.

4° Aussitôt après, le droit interne est suturé au droit externe du côté opposé de manière à constituer une première barrière tendineuse conjonctive et surtout musculaire au devant du vitré.

Deuxième barrière analogue constituée par les droits supérieur et inférieur.

5° Immédiatement après, la conjonctive est amenée au-devant de ces deux plans musculo-tendineux et suturée.

Ce procédé paraît avantageux, car il empêche avec une certitude absolue la rupture secondaire de la suture conjonctivale et la mise à nu du vitré. Le temps capital de l'opération, les fils étant posés et repérés, ne dure pas trente seconde. Enfin, FAIT ESSENTIEL, la suture des droits internes munis de leurs ailerons conjonctivo-aponévrotiques constitue une première barrière immédiate et suffisamment solide pour permettre la suture des autres plans musculaires et conjonctivaux.

MM. Aubaret et Denier. — **Etude clinique et bactériologique de quelques cas d'ophtalmie urineuse.**

Cette étude est basée sur une série de cas d'ophtalmie observés à la clinique du Prof. Badal. Comme ce dernier, l'a bien fait remarquer il y a déjà longtemps, leur nombre est plus considérable qu'on ne le pense et supérieur peut-être aux cas d'ophtalmie gonorrhéique : 1° sous le titre « d'ophtalmie urineuse », elles méritent d'être classées à part. Au point de vue étiologique, elles méritent d'être différenciées pour la même raison que les kératites à hypopyon dites kératites des moissonneurs, etc. Au point de vue clinique, l'allure particulière de l'affection, l'aspect de la suppuration, la gravité moindre, en font une forme toute spéciale.

2° Au point de vue bactériologique, ce sont des affections gonococci-microbiennes plus ou moins riches, le gonocoque se retrouve toujours, mais sa virulence est moindre que dans l'ophtalmie gonorrhéique.

3° On peut y observer néanmoins des complications cornéennes et urineuses graves : nécrose de la cornée, iritis aiguë, et c'est pour cela qu'il importe même aujourd'hui de représenter la lotion urineuse comme un danger et de lutter énergiquement contre ce mode de thérapeutique vulgaire qui paraît si profondément invétéré dans le public.

D. Aubaret.

Cabinet d'oculiste à céder
en province. Conviendrait à un débutant.

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU **CELLULIN HYDROPHILE** (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : **245-56**